FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1910 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Yves JOURDRAIN

Né à Landivisiau (Finistère), le 21 Septembre 1881.

Complications pulmonaires directes

DU

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

President : M. CHAUFFARD, *professeur*

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible hommage pour toute une vie de sacrifice et de dévouement.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR BARIÉ

Médecin à Laënnec

MONSIEUR TUFFIER

Professeur agrégé
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

MONSIEUR LANDOUZY

Professeur de Clinique médicale
Doyen de la Faculté

MONSIEUR KIRMISSON

Professeur de Chirurgie Infantile
Hôpital des Enfants-Malades

A LA MÉMOIRE

DE M. LE PROFESSEUR RAYMOND

A MONSIEUR BAR

Professeur de Clinique obstétricale

CHER MAITRE

Je me souviendrai toujours des trop courts moments passés à la Clinique Tarnier, vous avez été pour moi le meilleur des maîtres; recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A MONSIEUR LEQUEUX

Professeur agrégé

Merci de tout l'intérêt que vous m'avez porté, je vous en serai toujours reconnaissant.

A MONSIEUR LENOBLE

Médecin à l'Hôpital Civil de Brest

Vos excellentes leçons de clinique et vos sages conseils ont été pour moi le guide le plus précieux de mes études médicales. Je vous en remercie de tout cœur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'honneur

Complications pulmonaires directes

DU

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

INTRODUCTION

Les rapports anatomiques intimes qui existent entre le tube œsophagien et les voies aériennes, expliquent que les affections de l'œsophage retentissent sur l'arbre respiratoire et que des complications, particulièrement fréquentes dans le cancer de l'œsophage, naissent de cette intimité de voisinage.

Tous les auteurs ont signalé, en effet, la grande fréquence des complications laryngées, troubles de la voix par paralysie des cordes vocales, par une lésion des nerfs récurrents ; troubles respiratoires tels que la toux et la dyspnée causées par une lésion des pneumogastriques ou par une compression de la trachée et des bronches par la tumeur cancéreuse, la rétrodilatation ou les adénopathies.

Fréquemment aussi, on a pu observer des com-

plications respiratoires : gangrène pulmonaire, bronchopneumonie, pleurésie purulente déterminées par une perforation mettant en communication l'œsophage avec la trachée et les bronches ; c'est là une complication fréquente puisque, dans un relevé de 100 cancers œsophagiens, Mackenzie a trouvé :

20 perforations trachéales ;
7 perforations de la bronche gauche;
6 perforations de la bronche droite.

Lamy, sur 15 autopsies qu'il pratiqua chez des malades morts de cancers de l'œsophage, trouva :

2 fistules œsophago-trachéales.
3 fistules œsophago-bronchiques.

Il est d'autres complications pleuro-pulmonaires qui surviennent au cours de l'évolution du cancer, telles que pneumonie, tuberculose pulmonaire chronique ou aiguë, pleurésie sèche ou purulente, empruntant leur gravité à l'état précaire du sujet et constituant un mode de terminaison de la maladie. D'autres accidents peuvent apparaître en rapport indirect avec le cancer : gangrène pulmonaire, pneumonie de déglutition.

Tandis que tous les auteurs signalent comme une complication très commune ces fistules bronchiques ou trachéales, on est frappé de la rareté de la communication du poumon avec l'œsophage.

Notre étude portera, surtout, sur les communications œso-pulmonaires entraînant la gangrène du poumon et la pleurésie purulente.

En cours de route, nous verrons les quelques rares cas où il a été donné d'observer le cancer secondaire du poumon.

Cette étude fut entreprise pour la première fois par Vigla, qui publia en 1846, dans les *Archives de Médecine*, une importante revue générale sur la question.

Savill de Londres, à l'occasion d'un cas de « perforation de tissu pulmonaire sans dégénérescence préalable » en 1887, fit suivre la présentation de ce cas à la Société anatomique d'une intéressante discussion sur la pathogénie.

La question de ces complications était encore insuffisamment connue, quand elle fut magistralement mise au point, en 1896, par M. Galliard.

A cette étude approfondie, MM. Marcorelles et Ferran ont pu ajouter deux nouvelles observations.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie est loin de présenter une netteté qui emporte le diagnostic. Souvent les signes sont très frustes et la complication aura à peine été soupçonnée pendant la vie ou même ne sera reconnue qu'à l'autopsie, ce n'est que dans quelques observations qu'elle a été diagnostiquée au cours de la maladie.

C'est quand le cancer de l'œsophage s'est affirmé par des signes très marqués de sténose que survient cette complication, elle est toujours tardive ; l'évolution de la maladie ne dépassant pas trois mois après son apparition, ainsi que nous le verrons.

Tantôt le début est brusque, le malade ressent un craquement dans la poitrine « observation de Moutard-Martin » ou une violente douleur thoracique, ou une dyspnée brusque avec expectoration abondante.

Mais presque toujours la complication s'installe insidieusement, le malade éprouve une simple gêne de la respiration, s'il toussait déjà, la toux devient plus fréquente, produite ou augmentée

par le changement de position, son expectoration est plus abondante, ses crachats et son haleine exhalent une odeur fétide ou bien d'autres fois (obs. IV) de l'ingestion des liquides détermine de la toux et de la suffocation ; ce signe, pour M. Galliard, expliquerait une large communication entre le poumon et l'œsophage.

Après quelques jours, on peut constater des signes plus nets. L'expectoration se modifie, elle est plus abondante, le crachoir peut contenir des détritus alimentaires aisément reconnaissables, du lait et des débris de viande.

L'expectoration ,par le repos, se sépare en trois couches, une couche superficielle aérée, spumeuse, une couche moyenne liquide, une couche inférieure contenant des particules alimentaires et des débris sphacélés où le microscope décèle des fibres élastiques, indice de la désagrégation du poumon. C'est par l'examen de l'expectoration que M. Galliard fut, dans un cas, mis sur la voie du diagnostic. « Dès que le malade a pris trois ou quatre gorgées de lait, on le voit saisir rapidement son crachoir, et rejeter, après quelques secousses de toux, des crachats nummulaires blanchâtres, semés de fines bulles d'air, il crache du lait finement aéré, il y a donc de l'*expectoration alimentaire*. » Ce symptôme, si heureusement exprimé, est à coup sûr pathognomonique d'une communication de l'œsophage avec les voies aériennes, mais il est rarement donné de l'observer. Dans nos observations,

nous ne le voyons signalé qu'une seule fois.

Chez le malade observé par Maas (obs. X), l'affection débute par des hémoptysies extraordinairement profuses et ces hémoptysies se répètent pendant plusieurs semaines ; pour cet auteur ces hémoptysies « semblaient venir autant du poumon que de la tumeur œsophagienne elle-même, se rapprochant ainsi des hémoptysies de la gangrène pulmonaire ».

Le cathétérisme de l'œsophage peut donner d'excellentes indications, en faisant disparaître le spasme si fréquemment surajouté au cancer, ainsi que nous le verrons plus loin, la sonde nous montre l'obstacle œsophagien. En plus de ces renseignements, nous voyons que la sonde introduite dans l'œsophage livre passage à l'air expiré, et révèle ainsi nettement la fistule œsophago-aérienne. Dans l'observation de Carrier (obs. II), l'eau versée dans la sonde provoque une toux violente et des accès de suffocation : cette réaction intense est déterminée par la pénétration du liquide dans la caverne pulmonaire. Mais, hâtons-nous de dire que ce n'est qu'avec la plus grande prudence que l'on aura recours à ce procédé, car cette exploration aveugle et dangereuse a été accusée, comme dans le cas de Carrier, d'établir elle-même la communication œsophago-pulmonaire.

Les résultats fournis par l'auscultation sont rarement signalés dans les observations, dans les quelques cas où l'examen stéthoscopique a été

pratiqué, on a noté des signes variables : signes de pleurésie, râles de bronchite aux bases. Dans l'observation V, l'auscultation plusieurs fois répétée ne montre rien d'anormal. Une fois on constate des signes de pneumothorax (obs. XVI). Une fois seulement (obs. XII) on constate des signes de caverne évidents : matité, souffle, retentissement de la voix et de la toux. Dans l'observation XIII, des symptômes plus précis révèlent la complication pulmonaire ; en arrière du poumon gauche, dans la moitié inférieure, il existe un foyer de râles sous-crépitants fins avec submatité et augmentation des vibrations, au poumon droit, on entend quelques râles sous-crépitants.

Tels sont les signes physiques et fonctionnels qui apparaissent avec la lésion pulmonaire, l'état général ne tarde pas à subir la plus grave atteinte, la fièvre manque ou oscille entre 37°5 et 39 degrés, entretenue par les produits septiques qui se résorbent dans la caverne pulmonaire. A l'affaiblissement causé par la dénutrition, s'ajoute la cachexie cancéreuse. Une fois (obs. X) l'ictère a été signalé.

On conçoit combien rapide doit être l'évolution d'une aussi redoutable complication, elle précède la terminaison fatale de huit à quinze jours, on a vu cependant le malade survivre encore un mois et même trois mois.

Le malade est emporté, soit par les progrès de l'affection, cachexie cancéreuse et septicémie, soit

par une complication intercurrente, hémorragie ou pneumonie lobulaire. La mort peut être brusque, dans un cas (obs. XI) le malade semble avoir succombé à une gastrorragie ; ainsi que l'autopsie permit de le supposer, on trouva, en effet, d'énormes caillots dans l'estomac. Dans l'observation de MM. Marcorelles et Ferran, le malade subit une gastrostomie dans un état d'affaiblissement extrême et succomba le surlendemain.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans la grande majorité des observations, la communication œsophago-pulmonaire complique presque toujours un cancer de l'œsophage bas situé à la partie inférieure de la portion thoracique. On l'a vue survenir cependant dans le cas de cancer siégeant à la partie moyenne (obs. III), et même à la partie toute supérieure de cette portion (obs. V).

Du côté de l'œsophage, l'ulcération atteint une assez grande hauteur et occupe une grande partie de la circonférence, elle n'est ordinairement pas bourgeonnante. La paroi de l'œsophage est infiltrée et épaissie ; au-dessus de l'ulcération il n'y a pas de poche, ni même de dilatation œsophagienne.

On a donc surtout une forme ulcérante, et il faut attribuer les symptômes de sténose autant au spasme surajouté qu'à la lésion elle-même qui, dans nombre de cas, n'avait amené qu'une diminution relative de la lumière œsophagienne.

Tantôt la communication entre l'œsophage et le poumon est directe (obs. IV, VI, XVI), l'œsophage lui adhère et communique largement avec lui ; mais le plus souvent la communication est

indirecte, se faisant par une sorte de trajet : celui-ci est plus ou moins compliqué, suivant qu'il y a adhérence intime entre le poumon et l'œsophage, ou que le tissu cellulaire péri-œsophagien enflammé est envahi et qu'il s'est produit entre eux un foyer circonscrit de médiastinite suppurée (obs. II, IX, X, XVI).

On peut voir aussi fréquemment ces deux dernières modalités anatomo-pathologiques, et l'on peut trouver « soit un trajet fistuleux de la grosseur d'une plume d'oie environ, soit une petite cavité intermédiaire de la grosseur d'une noisette ou plus, véritable abcès du médiastin qui réunit le poumon et l'œsophage, et communique par un orifice plus ou moins étroit avec la cavité pulmonaire d'une part, et la lumière œsophagienne d'autre part ».

La pénétration des corps étrangers qui servent de véhicule aux micro-organismes est favorisée par des ulcérations de la paroi œsophagienne ; de là les œsophagites, les péri-œsophagites, les abcès péri-œsophagiens secondaires à l'épithélioma que M. Galliard distingue en suppurations circonscrites : abcès antéro, latéro, rétro-œsophagien et suppurations diffuses ; véritables médiastinites des médiastins antérieur et postérieur. « Ces lésions peuvent être provoquées ou aggravées par le cathétérisme, les sondes s'engagent soit dans les tissus infiltrés par l'épithélioma, soit dans les culs-de-sac et les diverticules de l'œsophage rétro-dilaté ;

elles triomphent aisément de la résistance des parois friables ou amincies.

Ces parois sont-elles perforées, l'apport de matériaux septiques incessamment renouvelés cause d'incalculables ravages. »

Alors que la fistule bronchique siège aussi souvent sur les bronches droites que sur les bronches gauches, le poumon droit est de beaucoup le plus fréquemment atteint (poumon gauche atteint dans les obs. II, XI et XVI) et la caverne siège dans le lobe inférieur. Il faut excepter, cependant, le cas de Vigla (obs. V), l'ulcération cancéreuse de l'œsophage haut située communiquait par un trajet fistuleux avec une caverne du sommet droit. Cette fréquence des lésions du poumon droit est expliquée par la disposition anatomique de l'œsophage qui est dévié à droite, au niveau de la crosse de l'aorte (quatrième vertèbre dorsale).

Au niveau de la lésion pulmonaire on trouve une perte de substance d'étendue variable, tantôt et le plus souvent caverne volumineuse de la grosseur d'une mandarine à parois infractueuses, déchiquetées, contenant un liquide grisâtre et puriforme, parfois on trouve plusieurs cavernes de petites dimensions (obs. III, V, XII). Tout autour se voient des lésions d'hépatisation, le poumon est dense, grisâtre, plus loin le parenchyme est simplement congestionné.

Les plèvres sont en général normales, en dehors des lésions de symphyse pleurale ou de pleurite

qui existent nécessairement au niveau de la zone d'adhérences pleuro-pulmonaires et du parenchyme pulmonaire atteint, il y avait de la pleurésie sèche dans les observations X, XIV, XVI, de la pleurésie purulente dans un cas (obs. XII), mais non communication avec le foyer gangreneux du poumon.

DIAGNOSTIC

Nous avons vu que les malades qui font de telles complications pulmonaires présentent, depuis un certain temps, les signes évidents de la sténose œsophagienne : la sonde a pu donner sur le siège du rétrécissement et le degré de coarctation de précieuses indications ; mais c'est là un procédé souvent brutal et dangereux, auquel, en pratique, on ne doit avoir que rarement recours.

Toutefois, le cathétérisme met en évidence un phénomène clinique de premier ordre : l'élément spasmodique qui se surajoute très souvent à la lésion cancéreuse. Le spasme se monte fréquemment dans les affections de l'œsophage, et particulièrement dans le cancer : il apparaît brusquement, rétrocède pour reprendre ensuite. Quand la lumière de l'œsophage ne présente pas un rétrécissement très serré, les variations que le spasme imprime aux symptômes de dysphagie sont nettement mises en évidence, on note quelquefois une gêne plus marquée pour la déglutition des liquides que pour celles des solides, ou bien la dysphagie, à certain moment, absolue, permet à d'autres

une reprise d'alimentation. Et l'on pourrait se méprendre sur la nature de l'affection et croire à des « spasmes graves de l'œsophage » étudiés par M. Guisez, si l'évolution rapide du cancer n'était là pour lever les doutes.

C'est dans tous les cas où l'on soupçonne un cancer de l'œsophage, que l'examen radioscopique doit être pratiqué ainsi que l'enseigne M. Mathieu. Après avoir fait absorber au malade un cachet de sous-nitrate de bismuth et l'avoir mis en bonne position derrière l'écran, on voit le cachet arrêter sa course en un point de l'œsophage, remonter et descendre violemment sous la poussée des contractions péristaltiques et antipéristaltiques de cet organe, puis dans le cas de spasme idiopathique, tomber finalement dans l'estomac en entier ; au contraire, dans la sténose organique après ces mouvements d'oscillation, le cachet se déforme, s'aplatit, et franchit le rétrécissement en s'effilant.

On pourra avoir les mêmes renseignements radioscopiques après l'absorption de lait de bismuth.

Nous ne voyons signalé que deux fois l'examen radioscopique dans les complications étudiées (obs XVI, XIX) ; cet examen pratiqué deux mois avant l'apparition de la communication œsopulmonaire ne donne d'indications que sur l'obstacle œsophagien.

L'œsophagoscopie, dont l'importance au point

de vue diagnostique de la sténose a été mise en valeur par M. Guisez, en précisant l'aspect de l'œsophage, permettra de révéler la fistule œsophagobronchique ou œsophagopulmonaire. Dans l'observation XIX, l'examen œsophagoscopique fait par M. Guisez permit de situer le néoplasme à la partie moyenne de l'œsophage : il ne pouvait donner d'autre indications, la complication pulmonaire étant apparue deux mois plus tard.

L'examen du sang ne devra jamais être négligé. Chez un néoplasique de l'œsophage, il pourra rendre des services au début de l'affection, alors que l'on hésite encore sur la nature de l'obstacle œsophagien.

Comme chez tous les cancéreux et les cancéreux du tube digestif en particulier, on note une anémie plus ou moins marquée. Toutefois, il n'est pas rare de rencontrer, chez ces malades, une anémie peu intense, parfois même le nombre des globules rouges atteint ou dépasse la normale (Marcorelles). Le phénomène est susceptible d'être expliqué de la façon suivante : ou bien l'affection de date récente n'a pas eu encore le temps de réagir sur l'état général ou bien à une période tardive, le malade ne s'alimente plus, ce défaut d'absorption amène une concentration exagérée du sang qui se traduit par un nombre élevé de globules rouges.

Cependant, dans d'autres cas, il y a une déglobulisation intense et le nombre des globules rouges descend à 3 millions, 2 millions.

L'hémoglobine diminue plus vite encore que les globules rouges, si bien que la valeur globulaire baisse progressivement.

Dans les formes avec anémie intense, on voit apparaître des altérations de forme des globules rouges et des globules rouges à noyau.

Les globules blancs sont augmentés de nombre. Cette leucocytose est, sinon la règle, du moins un des signes hématologiques le plus fréquemment rencontré dans le cancer et en particulier dans le cancer du tube digestif qui, de même que dans les cancers ouverts, s'infectent facilement et donnent de la leucocytose au même titre qu'une plaie suppurante. Le nombre des leucocytes dépasse alors la normale (6.000) pour atteindre 15.000 et 20.000.

C'est surtout aux dépens des polynucléaires que se fait cette augmentation du nombre des globules blancs, de 65 à 66 o/o (taux normal) ils passent à 70 o/o, 75 o/o, 85 o/o.

Telles sont les lésions sanguines qui, chez un malade présentant des signes de sténose œsophagienne, peuvent faire pencher le diagnostic en faveur d'un néoplasme.

Plus tard, quand la lésion œsophagienne ayant évolué, le foyer de gangrène pulmonaire s'est constitué, les modifications du sang peuvent encore être plus marquées.

Du fait de la présence d'un foyer infecté dans le poumon, le malade se cachectise rapidement et les lésions sanguines s'aggravent parallèlement.

La déglobulisation fait de rapides progrès et les globules blancs, sous l'influence du nouveau foyer infectieux surajouté, augmentent de nombre : nous avons alors la leucocytose infectieuse qui se caractérise par une augmentation considérable de leucocytes, toujours aux dépens des polynucléaires.

En résumé, quant aux signes de sténose œsophagienne que la clinique et les moyens actuels d'investigation nous auront montrés viendront se joindre les signes de la complication : fétidité de l'haleine et des crachats avec aggravation de l'état général, expectoration alimentaire, sortie de l'air par la sonde, crise de suffocation et de toux après introduction d'eau par celle-ci, nous pourrons affirmer qu'il s'est produit une communication de l'œsophage et du poumon. En outre, l'exploration attentive du poumon, la radioscopie, l'examen histologique des crachats montrant des fibres élastiques permettra de localiser le foyer gangréneux des poumons en communication avec l'œsophage.

A vrai dire, du fait de la plus grande fréquence des fistules œsophagobronchiques ou trachéales, l'apparition de ces symptômes laisserait plutôt croire à ces derniers accidents. « Toutefois, dans ces cas, les accès de dyspnée, de toux, de suffocation sont plus violents, le rejet des liquides après leur ingestion est beaucoup plus net et plus abondant ; on note fréquemment la sortie plus bruyante de l'air par une sonde introduite dans l'œsophage,

enfin on a signalé un gargouillement trachéo-œsophagien, bruit spécial ressemblant au râle trachéal. Dans les fistules œsophagopulmonaires, ces signes sont beaucoup plus atténués. » Enfin, l'auscultation viendra faciliter le diagnostic. L'ouverture des voies aériennes est d'un pronostic redoutable. Jamais la survie n'est de longue durée. Le malade meurt subitement d'asphyxie brusque, d'hémoptysie foudroyante. La gastrostomie pratiquée dans le cas d'Heydenreich (Soc. méd. de Nancy, 1894) donna une survie de dix-neuf jours.

Il faudra distinguer ces accidents des complications pleuro-pulmonaires coexistantes, mais sans relation directe avec le néoplasme œsophagien. Citons, au premier rang, la tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique. Lehert, Peter et son élève Porchaire ont insisté sur la fréquence de la tuberculose pulmonaire qui trouve chez ces malades inanitiés un terrain tout préparé, et les observations abondent des cas où la tuberculose existe seule ou coïncide avec une gangrène pulmonaire.

Il est fréquent d'observer aussi une pneumonie de déglutition, une pleuro-pneumonie, un foyer de gangrène pulmonaire existant, sans qu'il y ait perforation des voies aériennes, complication « qu'aucun lien ne semble, au premier abord, rattacher à la maladie primitive. »

Plus fréquente que la pneumonie franche est la bronchopneumonie, et c'est surtout à la suite des perforations de la trachée et des bronches qu'on

voit se multiplier les noyaux inflammatoires.

Desnos, relevant 3 observations de ces accidents pleuro-pulmonaires, insiste sur la brusquerie de leur apparition et la rapidité de leur marche.

Parmi les complications pleurales, nous avons en cours de route noté qu'il peut se produire une pleurésie séro-fibrineuse, une pleurésie purulente (Desnos, Lacour, Maas, Gentès et Roche) sans perforation de la plèvre ; dans d'autres cas, empyème et perforation pleurale ou pulmonaire coexistent (obs. *in* thèse Lamy, obs. VII, VIII).

M. Galliard a décrit des « pleurésies polymorphes » (Soc. méd. des Hôp., 18 janvier 1895), désignant par ce mot des pleurésies à loges multiples et à collections variées, sérosité et pus, par exemple, dans les loges distinctes d'une même plèvre (obs. de Touche). On conçoit que ce diagnostic ne peut être fixé que par des ponctions multiples sur des points distincts.

Quant au pneumothorax et au pyopneumothorax, il y a peu d'observations à cet égard (obs. XVI). Dans le cas de Léger (Soc. anat., 1876), le pneumothorax paraît être en rapport avec une perforation du poumon tuberculeux plutôt qu'avec la rupture de l'œsophage.

Le cancer du poumon est rarement signalé dans les autopsies de néoplasme de l'œsophage. Il est cependant intéressant de rechercher la propagation cancéreuse au poumon. La plupart des examens histologiques manquent, parmi ceux qui ont

été faits, on voit que Savill seul (obs. IX) a rencontré une dégénérescence cancéreuse du parenchyme pulmonaire constituée par quelques rares cellules néoplasiques isolées et disséminées dans le lobe inférieur du poumon droit ; il y avait donc une extension très limitée du néoplasme au poumon. Cette dégénérescence n'est pas signalée dans les observations XIV, XVI et XIX, où les examens histologiques ont été pratiqués.

En dehors de toute perforation de l'œsophage, on a signalé des noyaux métastatiques dans le poumon (Lionville, Soc. anat., 1872 ; Gaucher et Potel, Soc. méd. des Hôp., 1890 ; Dufournier, Soc. anat., 1892.)

Dans quelques cas, le cancer du poumon s'accompagne de cancer de la plèvre ; mais le cancer de la plèvre, rare du reste, peut s'observer isolément, tel le cas de Dufour : la thoracentèse retira du liquide hémorragique et l'autopsie vint confirmer le diagnostic.

PATHOGÉNIE

Il est intéressant d'étudier le mode de propagation de la lésion aboutissant à ces complications pulmonaires. La propagation est-elle directe, se faisant de proche en proche, ou indirecte à la faveur des voies lymphatiques ou par embolies septiques ?

Le cancer ulcère les parois œsophagiennes enflammées, celles-ci adhèrent aux plèvres et au poumon et l'ulcération gagnant de proche en proche aboutit à la formation d'un foyer pulmonaire gangréneux et détermine ainsi une communication entre l'œsophage et les voies aériennes.

Savill (obs. IX) constatant une perforation du tissu pulmonaire par le néoplasme œsophagien, sans qu'il y ait eu auparavant propagation du cancer à ce tissu, pense que ce fait est dû, d'abord à la distension énorme du poumon par l'emphysème et ensuite à l'existence d'adhérences étendues et solides entre les deux feuillets de la plèvre, et dans la discussion qui suivit à la Société anatomique, M. Cornil pensait, comme l'auteur, « que la perforation du poumon ne s'est pas opérée par

la propagation du néoplasme, mais par le fait d'une gangrène qui est pour ainsi dire la règle en pareil cas. Il semble que lorsque les microbes de la salive pénètrent dans un tissu non protégé par un épithélium, ils amènent une destruction de ce tissu ».

Desnos constatant que le pneumogastrique est intéressé dans la tumeur œsophagienne, pense que « la lésion pulmonaire a toujours été précédée d'une lésion ou tout au moins d'une irritation de l'appareil d'innervation du poumon ». C'est donc pour cet auteur, à une action nerveuse, trouble vaso-moteur ou altération des fibres trophiques du nerf, qu'il faudrait rattacher ces complications pulmonaires.

Dans l'observation de Gentis et Roche, le malade, au cours d'un néoplasme œsophagien, avait présenté des signes de pleurésie purulente vérifiée par la ponction et suivie de vomique, l'autopsie a démontré l'existence d'un foyer gangréneux pulmonaire et d'une pleurésie purulente sans communication avec la lumière de l'œsophage.

Aussi, les auteurs « en admettant, ce qui n'est guère contestable, que les lésions pulmonaires et pleurales soient des complications du néoplasme œsophagien », se demandent-ils comment s'est faite la propagation, par communication directe, telle qu'une fistule pleuro-œsophagienne ou bien par simple propagation de voisinage par voie lymphatique? « Tous les efforts faits pour découvrir

une fistule ont été inutiles, un stylet ne peut passer d'une cavité dans l'autre, et si l'on sépare artificiellement au bistouri la paroi de l'œsophage du feuillet pleural, on se rend bien compte qu'on ne sectionne aucun canal.

Il s'agit donc de propagation par la voie lymphatique. Les complications pleurétiques se seraient produites par contiguïté lymphatique, puisqu'il n'y a pas trace de communication entre la plèvre et l'œsophage. Le fait est intéressant, car c'est habituellement au-dessus du néoplasme, c'est-à-dire au niveau de la dilatation, au-dessus de la stricture, que se produisent des altérations et des orifices qui permettent l'infection pleurale. »

Nous pensons que toutes ces complications sont fonction de l'infection microbienne, la gangrène pulmonaire résulte de la chute de parcelles gangrénées, ou peut-être même simplement de la chute de la salive dans un parenchyme pulmonaire dont la vitalité est diminuée par suite de l'inanition et peut-être aussi de la destruction du pneumogastrique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Bleuland, 1785.)

Bleuland trouve, chez une femme de quarante-huit ans, au niveau de la neuvième vertèbre dorsale, une tumeur œsophagienne communiquant librement avec un vaste foyer du poumon droit dont il occupe le milieu et rempli d'une matière épaisse grumeuse, d'un blanc cendré, ressemblant à du lait corrompu. Les bords de l'ouverture de communication sont durs, inégaux et comme gangréneux. Au-dessus de cet endroit, l'œsophage offre une induration très forte de ses parois dans l'étendue de trois travers de doigt.

OBSERVATION II

(Carrier. — *Archives de Médecine*, 1831.)

Un homme de soixante ans avait subi déjà plusieurs cathétérismes, lorsque la sonde introduite livra passage à de l'air et provoqua la suffocation ; l'eau versée par la sonde détermina une toux violente ; le malade vécut cependant encore vingt jours.

A l'autopsie, on trouva l'œsophage détruit sur une lon-

gueur de 2 pouces au voisinage du diaphragme; les deux bouts du canal flottaient dans un ulcère considérable qui avait rougi du côté droit la cloison du médiastin postérieur, et altéré le poumon dans une assez grande étendue.

OBSERVATION III

(Grisolles. — Société anatomique, 1832.)

Il s'agit d'un malade qui, après avoir été atteint dans sa jeunesse de plusieurs affections syphilitiques traitées négligemment, éprouva à l'âge de soixante-trois ans, à la suite de contrariétés vives, une douleur sourde sur le trajet de l'œsophage accompagnée de dysphagie et qui offrit ceci de remarquable, que dans le principe elle semblait exister dans plusieurs points de l'œsophage et constituer des arrêts multiples, tandis que dans la suite elle se localisa à la partie inférieure de ce canal. Vomissement œsophagien, douleurs lancinantes, expulsion de stries sanguines et de mucosités, sensation de strangulation à la poignée du sternum, état spasmodique qui semblait s'étendre du pharynx à l'œsophage et envahir les muscles abdominaux toutes les fois que le malade exerçait quelque effort de déglutition, tels furent les principaux symptômes d'un cancer qui avait envahi une étendue de 2 pouces 1/2 de l'œsophage ; l'une des ulcérations cancéreuses communiquait avec une vaste poche creusée dans la paroi postérieure du canal et peut-être aussi avec une excavation située dans le poumon droit, ramolli et putréfié.

OBSERVATION IV

(Moutard-Martin. — Bibliothèque médicale, XXXIII.)

Le malade observé par Moutard-Martin souffrait depuis longtemps de dysphagie, lorsqu'il ressentit un craquement dans la poitrine ; des lors, l'ingestion des liquides détermina de la toux et de la suffocation. On trouva, au niveau de la sixième dorsale, un squirrhe ulcéré auquel adhérait intimement le poumon droit. Au milieu de la tumeur, une fistule conduisait dans une vaste cavité pulmonaire contenant du liquide grisâtre, d'odeur gangréneuse et présentant des parois inégales.

OBSERVATION V (Résumée)

(Vigla. — *Archives de médecine*, 1846.)

Sylvain F..., âgé de quarante-huit ans, postillon, entre à l'Hôtel-Dieu le 9 avril 1845. Sa santé a été bonne jusqu'à cette dernière année, avant laquelle il ne se rappelle avoir éprouvé aucune maladie de quelque importance. Depuis un an il éprouve de la difficulté à avaler, au point que la déglutition du pain et des autres aliments solides est devenue impossible. Enfin, il y a quatre mois, et sans qu'il puisse s'expliquer comment, le malade s'est enrhumé brusquement, la voix s'est fortement altérée et est arrivée au degré d'extinction qui existe actuellement.

A son entrée, nous constatons que la déglutition des liquides est seule possible, et encore le malade prend-il beaucoup de précautions pour l'effectuer. Il n'en intro-

duit qu'une petite quantité à la fois, et semble la faire glisser le long des joues, puis sur l'un des côtés du pharynx.

On introduit successivement dans le conduit alimentaire une sonde œsophagienne et une tige de baleine mince et arrondie, mais l'une et l'autre sont arrêtées à une profondeur qui nous paraît correspondre aux premiers anneaux de la trachée et il est impossible, malgré les efforts réitérés, de pénétrer au delà.

Le passage de l'air dans le larynx et la trachée se fait sans bruit extérieur et sans difficulté : la toux est assez fréquente et suivie de l'expectoration peu abondante de petits crachats arrondis.

La poitrine percutée résonne mal dans son étendue. La respiration est faible dans les deux côtés de cette cavité, de quelque manière que l'on fasse inspirer le malade pour l'exagérer. Aussi, malgré une exploration souvent répétée, malgré la certitude, acquise par l'état de cette ponction. qu'il devait y avoir des modifications du bruit respiratoire, des râles, etc., nous n'avons pu réussir à constater, d'une manière précise, quelque chose d'anormal.

Le malade ne paraît pas avoir eu de fièvre dans le cours de sa maladie et n'en présente pas actuellement. Il se plaint d'avoir perdu beaucoup de ses forces, mais il n'est pas encore très amaigri et sa physionomie n'annonce pas une maladie aussi longue. L'appétit est conservé.

Presque dès le jour de son entrée, le malade est obligé de renoncer à l'introduction trop pénible du bouillon et de se réduire à celle du lait, seule possible.

Un léger mouvement fébrile se manifeste dans les derniers jours d'avril et le malade se plaint d'une céphalalgie

continue assez intense. L'amaigrissement se prononce davantage, le malade a de la peine à se faire entendre, toute la voix est éteinte. Le 30 avril le malade présente du délire, le 1er mai le délire continue, mais l'agitation est moindre, la céphalalgie est toujours intense, au dire du malade, dans les moments lucides. Le pouls est à 100, mou, facilement dépressible.

A 4 heures du soir, le pouls est d'une petitesse et d'une fréquence extrêmes ; la face devient hippocratique. Mort à 5 heures du matin le 2 mai.

Autopsie. — 3 mai. — Vingt-huit heures après la mort Le commencement de l'œsophage est considérablement rétréci dans la longueur de 6 centimètres, son calibre est réduit à celui d'une sonde de femme, ses parois sont indurées et épaisses d'environ 1 centimètre. Dans cette étendue, la surface interne de l'œsophage est fongueuse, végétante, d'une couleur jaunâtre ; ce tissu mollasse, dans lequel on ne retrouve plus les caractères propres à la membrane muqueuse, fait un relief prononcé au-dessus des parties saines, au niveau desquelles il se termine brusquement, suivant une ligne oblique de bas en haut et de gauche à droite.

Au milieu de ces fongosités, à 3 centimètres du cartilage cricoïde, sur la partie latérale droite et un peu antérieure de l'œsophage, on voit deux orifices de grandeur à peu près égale, arrondis, à circonférence lisse, et dans lesquels on peut introduire facilement une sonde de femme, séparés par une languette membraneuse mince. Ces deux orifices conduisent à un canal commun très large à son origine, puis se rétrécissant en entonnoir et pénétrant, après un court trajet, à travers les deux plèvres

adhérentes et confondues avec le tissu induré, dans une excavation du sommet du poumon droit. Ce canal, parfaitement creusé, très direct, ne communique pas avec le tissu cellulaire qui entoure l'œsophage.

Le tissu induré que forme la paroi de l'œsophage dans sa partie malade est élastique, homogène, d'apparence un peu grenue et ne contient que peu de vaisseaux: sa couleur est jaunâtre comme à la surface. Au-dessous de la portion malade, les parois de l'œsophage ont l'épaisseur naturelle et la membrane muqueuse est saine.

La membrane muqueuse du larynx et de la trachée est pâle et ne présente aucune érosion, soit au niveau des cordes vocales, soit dans le reste de son étendue.

Les parois du conduit fistuleux établissant communication entre le poumon et l'œsophage sont formées par un tissu semblable à celui de la portion indurée de l'œsophage et ressemblent beaucoup à du tissu squirrheux.

L'excavation creusée dans le lobe supérieur du poumon droit est assez grande pour recevoir un œuf de poule; elle contient une petite quantité d'un liquide puriforme. On ne trouve pas de fausse membrane à sa surface, qui est molle, tomenteuse, sans odeur fétide, et dont on fait suinter par la pression une sanie purulente. L'orifice pulmonaire de la fistule présente les dimensions de la première phalange du doigt auriculaire et la circonférence en est parfaitement lisse. Cette poche communique aussi avec plusieurs orifices bronchiques dont l'un est la continuation du tronc supérieur de la bronche droite. Le parenchyme qui forme les parois de cette cavité est infiltré de pus qui en sort comme d'une éponge, mais ne présente pas l'aspect de l'hépatisation grise.

Le poumon droit, examiné dans son ensemble, est considérablement augmenté de volume et de densité. Les deux plèvres adhèrent dans toute leur étendue par des filaments celluleux lâches, mais dont la résistance indique une origine assez ancienne. Cette augmentation de volume et de densité est la conséquence d'une bronchite capillaire qui se présente avec des caractères non douteux dans les trois lobes. Gouttelettes purulentes rendues apparentes par l'incision, aux orifices des petites bronches qui ont subi une dilatation manifeste ; coloration rouge très vive de leur membrane muqueuse ; noyaux circonscrits d'hépatisation rouge ou grise autour des bronches malades, friabilité générale du tissu pulmonaire. Du reste, absence bien constatée de tubercules et de granuations grises.

Poumon gauche. — Infiltration sanguine diffuse au centre du lobe supérieur, circonscrite sous forme de petits noyaux à la circonférence. On trouve aussi, dans le lobe inférieur, un peu d'infiltration sanguine diffuse, et de plus trois noyaux circonscrits et comme enkystés dans la substance pulmonaire, de la grosseur d'une noisette, très denses, très compacts, d'une couleur noire comme celui du jais, caractères propres à l'une des formes de l'apoplexie pulmonaire. A la marge de ce même lobe on retrouve aussi de la bronchite capillaire.

Les ganglions bronchiques, assez volumineux, sont mous et contiennent une grande quantité de matière noire.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Laborde. — Société de Biologie, 1859.)

Cancer encéphaloïde de l'extrémité de l'œsophage (région cardiaque). — Ouverture de ce conduit dans le poumon gauche. — Aspect gangréneux de ce dernier.

P... Louis, cinquante-cinq ans, entre à l'infirmerie de Bicêtre le 28 août, il se plaint de quelques difficultés dans l'ingestion des aliments et de crampes d'estomac après que celle-ci s'est effectuée. De plus, il rejette tous les matins, sous efforts de vomissements, une grande quantité de glaires. Il ne lui est pas encore arrivé de vomir des matières noires ou alimentaires. L'examen direct par la palpation et la percussion de la région épigastrique n'y font découvrir aucune tumeur appréciable. Toutefois, une pression un peu vive détermine, vers la région du cardia, une douleur notable. L'idée de la possibilité d'un obstacle au cours du bol alimentaire dans les premières voies, nous engage à les essayer par la sonde œsophagienne qui pénètre dans l'estomac sans faire éprouver la sensation d'un empêchement quelconque.

Le malade n'a point de fièvre. Le diagnostic reste donc en suspens.

Au bout de trois semaines le malade éprouvait un véritable soulagement et s'apprêtait à partir, lorsque éclatèrent tout à coup de nouveaux symptômes de nature à révéler le siège et la nature de la lésion. En effet, des régurgitations survinrent immédiatement après l'ingestion du bol alimentaire qui était rendu indigéré. De plus, les douleurs

au niveau du cardia s'étaient exaspérées, au point qu'il suffisait de toucher à cette région pour arracher des cris au malade. Les liquides seuls pouvaient être supportés. L'existence d'une tumeur cancéreuse de l'œsophage dans la région cardiaque était devenue évidente, et il était facile d'affirmer que la tumeur n'était pas de nature à rétrécir le conduit œsophagien.

Il présentait, de plus, des symptômes d'oppression que l'auscultation ne pouvait rattacher qu'à des signes de bronchite catarrhale avec emphysème et à un peu d'engorgement hypostatique. Toutefois, nous allons voir l'autopsie nous révéler une lésion très grave du poumon gauche, lésion qui a dû se produire dans les derniers jours de l'existence et qui, pour cela, sans doute, n'avait pu être soupçonnée.

Autopsie. — Pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Toute la région cardiaque de l'œsophage est envahie, dans une étendue de 5 centimètres environ, par une tumeur champignonnée, plutôt étalée que saillante, molle et dépressible, blanchâtre à la coupe et laissant s'écouler, sous une pression légère, un liquide d'aspect laiteux.

Ces caractères physiques de la variété encéphaloïde du cancer sont confirmés par l'examen microscopique. La tumeur occupe toute la circonférence du conduit à sa surface interne, et celui-ci offre à cet endroit une dilatation au moins double de son calibre normal.

Du côté où l'œsophage confine au poumon gauche, dont il est séparé uniquement par la plèvre médiastine, la paroi du conduit alimentaire est complètement ulcérée et détruite, et il en est résulté son ouverture dans le parenchyme pulmonaire même. Celui-ci, à cet endroit,

a un aspect noirâtre et comme gangréneux et offre deux ou trois cavernes assez considérables remplies de sanie purulente. Toutefois l'odeur de gangrène pulmonaire fait complètement défaut. Il n'est pas douteux que les symptômes d'asphyxie survenus dans les derniers temps de l'existence, n'aient eu leur source dans cette communication tardive de la portion cancéreuse de l'œsophage avec le poumon.

OBSERVATION VII

(Artus. — Société anatomique, 1874.)

Cancer de l'œsophage. — Gangrène consécutive du poumon droit.

P... Édouard, cantonnier, quarante-sept ans, entre le 14 mars 1874 à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Empis. La maladie paraît avoir débuté il y a environ onze mois par quelques troubles dyspeptiques, un affaiblissement et un amaigrissement notables. Ce qui inquiéta surtout le malade fut une gêne de la déglutition ; les aliments éprouvaient un certain temps d'arrêt en un point que le malade place un peu au-dessus de l'appendice xyphoïde, quelques efforts de déglutition suffisaient pour triompher de l'obstacle.

15 mars. — Amaigrissement considérable ; aspect cachectique très accusé, le malade a le facies de la phtisie pulmonaire avancée. Cependant l'examen le plus minutieux du thorax ne révèle aucune altération des bruits physiologiques. L'appétit est nul, le dégoût pour les

aliments est extrême, mais les aliments ingérés ne sont pas vomis.

La déglutition est devenue un peu plus difficile depuis ces derniers jours.

17 mars. — La sonde œsophagienne est arrêtée à une faible distance au-dessus de l'estomac. La résistance est facilement vaincue.

25 mars. — Les douleurs deviennent plus vives. Le malade se plaint en outre de vomir après des quintes de toux. Les vomissements sont peu abondants, ressemblent à de l'empois d'amidon très dilué, et ont une odeur aigrelette très désagréable.

Les poumons sont de nouveau examinés; au sommet, le murmure respiratoire est normal des deux côtés: les bases n'ont pas été examinées. Le malade accuse bien une douleur dans le côté droit, mais cette douleur est attribuée au cancer stomacal.

27 mars. — Pour la première fois, vomissement alimentaire peu de temps après la déglutition, mais non pas immédiatement après. Depuis cette époque, le malade vomit tous les aliments, même les boissons. Dans les derniers jours, il rend le matin après des quintes de toux, comme par une vomique, des matières très fétides.

Mort le 12 avril.

Autopsie. — Un peu d'épanchement dans la cavité pleurale droite. Les poumons sont libres d'adhérences avec les parois thoraciques. Le poumon droit, par sa base vers le bord antérieur, adhère intimement au diaphragme. Son lobe inférieur présente une caverne pouvant contenir une grosse noix et remplie par un liquide blanchâtre, d'une odeur repoussante. La cavité est irrégulière et anfractueuse, sillonnée de brides multiples, noirâtres,

putrilagineuses, d'aspect gangréneux. A la périphérie de la caverne le tissu pulmonaire est induré. Le poumon est fortement congestionné dans tout le reste de son étendue. La trachée est remplie d'un liquide semblable à celui que l'on trouve dans la caverne.

Le cardia est envahi dans toute sa circonférence par une tumeur volumineuse, lobulée, très dure, irrégulière, dont la masse occupe surtout le côté droit de l'œsophage et se propage vers la petite courbure de l'estomac. L'orifice du cardia n'est pas complètement oblitéré, il admet encore aisément une sonde de trousse. L'œsophage est un peu dilaté au-dessus de la tumeur. La tumeur incisée, on voit à sa face interne quelques ulcérations.

A la partie supérieure de la tumeur et du côté droit existe un petit orifice, qui conduit dans une cavité située entre le poumon et la tumeur. Le canal de communication, qui mesure de 15 à 20 millimètres de longueur, est tapissé d'une membrane lisse.

La poche, du volume d'une petite noisette, est remplie d'un liquide semblable au contenu de l'estomac et de la caverne pulmonaire. La communication de cette poche avec le poumon n'a pu être découverte. Il est difficile de la mettre en doute à cause de l'analogie que présente le liquide de l'estomac avec celui qui est contenu dans les différentes cavités.

OBSERVATION VIII

(Bouveret. — Société anatomique, 1877.)

K..., cinquante ans, entre à l'hôpital des Cliniques le 9 novembre. Il est malade depuis six mois. Début par de la dysphagie. Au moment de l'entrée à l'hôpital les liquides

passent facilement, la dysphagie n'existe que pour les aliments solides. Exploration avec les boules, seule la plus petite boule peut franchir le rétrécissement qui se trouve à 37 centimètres environ.

8 janvier. — Trois semaines environ après le dernier cathétérisme, le malade se plaint d'une douleur thoracique à droite. Un peu de dyspnée ; quelques quintes de toux. Expectoration abondante, muqueuse. Matité dans le tiers inférieur du thorax, à droite et en arrière ; en avant sonorité thoracique normale. Les jours suivants, les signes d'une pleuro-pneumonie se caractérisent de plus en plus.

12 janvier. — La matité remonte jusqu'à la crête de l'omoplate ; mais cependant, en avant, la sonorité reste toujours normale. L'expectoration est toujours très abondante, muqueuse, mêlée de nombreux crachats sucre d'orge. Bronchoégophonie en arrière, avec râles crépitants nombreux dans les grandes inspirations, vers la partie supérieure de la zone de matité.

14 et 15 janvier. — Aggravation des symptômes : dyspnée considérable, accès des suffocations pendant la nuit. Pouls fréquent, petit, irrégulier. Teinte cyanosée de la face et des extrémités. Le 17, le malade succombe aux progrès de l'asphyxie.

Autopsie. — A l'ouverture de la plèvre droite, écoulement d'une notable quantité, 2 litres environ, d'un liquide brunâtre, d'une odeur forte de vin et de lait aigri, mêlé de grumeaux blanchâtres. Adhérences pleurales dans les deux tiers supérieurs de la cavité, développées en avant. Plèvres médiastine et diaphragmatique couvertes de fausses membranes. Par propagation, péricardite, deux cuillerées de liquide louche dans le péricarde,

fausses membranes étendues sur les deux feuillets. Le lobe inférieur du poumon droit est réduit en une sorte de bouillie gris brunâtre dans ses parties centrales : l'écorce périphérique présentait les caractères des hépatisations grise et rouge. Au centre de la partie ramollie et friable, cavité sinueuse, à parois anfractueuses, qui, d'une part, s'ouvre sur la face inférieure du lobe dans la cavité pleurale et, d'autre part, remonte en arrière vers l'œsophage avec lequel elle communique à travers un noyau carcinomateux et ulcéré. Lobes supérieur et moyen engoués. A gauche, bronchite et congestion du parenchyme, surtout du lobe supérieur.

En arrière de l'estomac, entre le pancréas et la face inférieure du lobe gauche du foie, est une énorme tumeur cancéreuse, dépassant le volume du poing. Prolongement de cette masse cancéreuse à travers l'orifice œsophagien du diaphragme dans le médiastin postérieur. Infiltration carcinomateuse des parois de l'œsophage : à 3 centimètres au-dessus du cardia, gros noyau carcinomateux développé dans les parois de cet organe, long de 5 à 6 centimètres, ulcéré en deux points. Première ulcération postérieure tout à fait au-devant de la colonne vertébrale et s'ouvrant directement dans la cavité pleurale. Deuxième ulcération s'ouvrant dans la cavité dont est creusé le lobe inférieur du poumon.

OBSERVATION IX

(Savill. — Société anatomique, 1887.)

Cancer de l'œsophage. — Perforation du tissu pulmonaire sans dégénérescence préalable

John N..., cinquante-neuf ans, entra à Paddington Infimary le 5 août 1887, et mourut le 16.

Sa santé avait été très bonne jusqu'à il y a quatre mois. A cette époque, il commença à « vomir sa nourriture ». Une ou deux fois légères hématémèses. Affaiblissement et amaigrissement progressif.

A son entrée il se plaint de difficultés à avaler, les aliments solides paraissent s'arrêter au niveau de l'appendice xyphoïde et au bout de quelques minutes ils reviennent dans la bouche sans aucun effort.

L'examen de la poitrine fait constater les signes d'un emphysème pulmonaire très prononcé, et qui masque complètement les bruits du cœur.

La respiration devint soudainement plus difficile. deux jours après, apparurent les signes d'une induration à la base du poumon droit. Le malade expectora de grandes quantités de matières muco-purulentes, la respiration s'embarrassa de plus en plus et il mourut le 16 août.

La température avait varié d'une façon irrégulière entre 37°7 et 39 degrés.

Autopsie. — L'œsophage présente une ulcération irrégulièrement ovoïde, commençant à 11 centimètres au-dessous du pharynx en se terminant à 7 centimètres au-dessus du cardia ; elle mesure dans le sens vertical

11 centimètres et transversalement 3 centimètres, elle entoure à peu près toute la lumière du conduit.

Sur les bords de l'ulcération, la membrane est gonflée et déchiquetée ; le fond est rugueux et présente un peu à droite, un orifice irrégulier. communiquant directement avec une cavité située dans la partie inférieure du poumon droit.

Les tuniques de l'œsophage autour de l'ulcération sont le siège d'une infiltration dont la destruction a produit la solution de continuité ; partout ailleurs la muqueuse est saine. Il existe, juste au-dessous de l'ulcération, un très léger rétrécissement du conduit œsophagien.

Les plèvres présentaient des deux côtés des adhérences anciennes et très étendues presque complètes.

Le poumon droit était augmenté de volume et le lobe inférieur était le siège d'une induration pneumonique, il présentait une coloration noir verdâtre et une odeur très désagréable, il était le siège de plusieurs cavités variant en volume depuis la grosseur d'un pois à celle d'une mandarine. La plus grande communiquait avec l'œsophage par un orifice ovale pouvant admettre l'extrémité du petit doigt, et situé sur le bord postérieur et interne, à environ 2 cm. 1/2 au-dessous des bronches.

Examen histologique. — L'ulcération de l'œsophage présente la structure d'un épithélioma pavimenteux lobulé. L'examen du poumon montre qu'il n'y avait qu'une extension très limitée du néoplasme dans le tissu pulmonaire, si toutefois elle existait, avant la perforation de l'œsophage.

OBSERVATION X

(Girode. — Société anatomique, 1891.)

Épithélioma de l'œsophage à marche rapide

H... Adolphe, quarante-deux ans, employé de chemin de fer, entre le 19 juillet à l'hôpital Beaujon, service de M. Guyot. Le malade a toujours été d'une bonne santé.

Le début de l'affection paraît remonter au 1er juin. Les premiers phénomènes sont les symptômes d'une bronchite développée lentement, toux, expectoration d'abord légère et muqueuse, pas d'hémoptysie. Amaigrissement considérable. Pas de fièvre, ni de sueurs. Œdème malléolaire deux jours avant l'entrée.

Les troubles digestifs ont apparu plus tardivement et ont pris assez vite une grande intensité. Dans la dernière semaine de juillet, apparaît une gêne de la déglutition. La moindre prise de boisson provoque des quintes de toux, à l'occasion desquelles sont rejetées, moitié par régurgitation, moitié par effort d'expectoration, quelques cuillerées de liquide constitué en partie par du pus. Dans les derniers jours, l'expectoration purulente était beaucoup plus abondante, plus continue, suivant la toux, et ordinairement indépendante de la déglutition.

État le 20 : Teint pâle, voix faible presque éteinte. La respiration est courte, accélérée ; il y a presque de l'orthopnée. Toux brève, le crachoir contient une assez grande quantité de crachats purulents, consistants, à peine aérés, donnant l'idée d'une vomique. Il n'y a pas de fétidité gan-

gréneuse proprement dite. Douleurs modérées, reportées actuellement en arrière entre les épaules. A l'exploration directe de la poitrine, on constate une légère submatité avec obscurité de la respiration sous les deux clavicules. Foyer de râles humides avec respiration rude au pédicule du poumon droit et sous l'aisselle correspondante. En bas, en arrière du même côté, submatité et râles sous-crépitants.

On fait boire le malade. Dès la première gorgée et sitôt qu'on a aperçu l'ascension laryngienne, anxiété, effort de vomissement, rejet du liquide, puis, grâce à plusieurs petites secousses de toux, rejet de quelques cuillerées de pus à peine aéré et modérément fétide.

Température 37°4 et 37°5.

Mort le 21.

Autopsie le 22. — En cherchant à isoler les conduits aérien et digestif du cou pour les enlever ensemble, on rencontre, en arrière et en dedans de la carotide primitive gauche, une cavité anfractueuse et purulente qui constitue un diverticule de l'œsophage. La moitié inférieure de la portion cervicale de l'œsophage est le siège d'une induration néoplasique allongée soulevant la trachée et renforcée sur les côtés par des amas ganglionnaires.

En renversant en avant le pharynx, on tombe sur la cavité purulente mixte dont la paroi postérieure est formée par l'aponévrose prévertébrale ; en avant elle correspond à la paroi de l'œsophage, communiquant avec lui par une perforation bourgeonnante.

Le conduit œsophagien étant incisé, on voit une masse épithéliomateuse très étendue, inégale, en chou-fleur,

le bord forme un bourrelet saillant. La tumeur est assez largement ulcérée. La partie supérieure de l'œsophage se dilate en entonnoir, l'inférieure est affaissée. Au niveau de la tumeur, il n'existe pas de coarctation manifeste.

Adhérences solides et noyau induré aux deux sommets pulmonaires. A gauche, gros tubercule muriforme. A droite, semis de granulations grises autour d'un noyau caséo-crétacé ancien. La moitié inférieure du poumon droit est violacée, indurée ; à l'expression, des gouttelettes de pus s'échappent des petites bronches.

Examen histologique. — La néoplasie offre les caractères de l'épithélioma lobulé à globes épidermiques. De plus, on trouve des noyaux cancéreux secondaires dans la trachée.

OBSERVATION XI

(Mirallié. — Société anatomique, 1892.)

Cancer de l'œsophage. — Gangrène du poumon Pleurésie gangréneuse. — Empyème. — Mort

Etienne D..., cinquante ans, entre le 16 mai dans le service de M. Netter. Il y a dix-huit mois, il éprouva de la difficulté à manger. Les aliments étaient facilement déglutis ; mais bientôtils étaient rendus par vomissement. Ces vomissements étaient surtout alimentaires, parfois ils contenaient du sang.

Depuis un mois environ, ces phénomènes ont augmenté. De plus, sont apparus deux phénomènes nou-

veaux. La toux s'est installée, fréquente, avec expectoration abondante et l'haleine est devenue fétide.

A son entrée à Cochin, cet homme est très amaigri. Son haleine est d'une fétidité horrible, aigrelette et très pénétrante, si bien qu'on est obligé de placer le malade dans une chambre d'isolement. La toux est continuelle et accompagnée d'une expectoration abondante. Cette expectoration présente le même caractère de fétidité que l'haleine. Elle se divise en plusieurs couches.

A l'examen du thorax, le côté gauche présente une matité absolue occupant les deux tiers inférieurs de la hauteur du poumon. L'auscultation révèle un souffle aigu et profond. Les vibrations thoraciques ont disparu. La ponction à la seringue de Pravaz donne issue à un liquide lactescent contenant quelques dépôts brunâtres.

On diagnostique une pleurésie putride consécutive à la pénétration dans le poumon de débris alimentaires au cours d'un rétrécissement de l'œsophage.

18 mai. — Exploration de l'œsophage. La sonde fait reconnaître à la partie inférieure, près du cardia, une partie indurée, sur laquelle l'olive frotte sans cependant être arrêtée.

19 mai. — Développement exagéré du côté gauche du thorax. Matité de bois remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate. Abolition des vibrations et du murmure vésiculaire.

Intervention.—On pratique l'empyème dans le dixième espace. Issue d'une quantité considérable de matières fétides chargées de débris alimentaires.

Mort le 21 après des crises d'oppressions très intenses.

Autopsie le 22. — L'œsophage, sain dans sa plus grande étendue, présente dans sa partie inférieure un carcinome qui occupe ses 3 à 4 centimètres inférieurs. Il se prolonge sur le cardia qu'il envahit complètement et empiète sur la partie voisine de l'estomac. Ce cancer présente des bourgeons volumineux, lisses, assez réguliers, quelques-uns du volume d'une noisette faisant saillie dans la cavité œsophagienne. Sur la partie gauche du cancer, et, à sa partie inférieure, près du cardia, existe une ulcération du diamètre d'une pièce de 50 centimes par laquelle il communique avec la base du poumon gauche.

Tout le lobe inférieur du poumon gauche est converti en un vaste foyer de gangrène, rempli d'un magma fétide. A la partie supérieure de ce foyer, on trouve des bronchioles de moyen calibre qui viennent s'y ouvrir directement. La partie supérieure du poumon est œdématiée et congestionnée. Les lobes inférieur et supérieur de ce poumon sont accolés ; dans la plus grande partie de son étendue la scissure interlobaire a disparu par adhérence des deux feuillets pleuraux. Cependant, à la partie moyenne de cette scissure, on trouve un abcès enkysté assez volumineux.

Le cul-de-sac costo-diaphragmatique et l'espace pleuro-diaphragmatique sont accolés l'un à l'autre.

Cette région est cloisonnée en un certain nombre de cavités secondaires formant autant de logettes dont quelques-unes contiennent du pus. La plupart communiquent avec le foyer pulmonaire.

OBSERVATION XII

(Maas. — *Berl. Klin. Woch.*, 1894.)

(Communication sur un cas de cancer de l'œsophage faite à la Société de Médecine de Berlin, le 24 octobre 1894.)

« Je voudrais me permettre de montrer rapidement les préparations d'un cancer de l'œsophage : elles proviennent d'un individu de quarante-deux ans qui, jeudi dernier, est mort dans la maison de santé juive, dans le service du professeur Israël et a été autopsié vendredi. Nous-même avons eu l'occasion, il y a un peu moins de trois semaines, de voir le malade au début de son affection.

Celle-ci a débuté par des phénomènes douloureux, il y a à peu près trois mois. Puis, au dire du patient, est survenue une hématémèse extraordinairement profuse, telle qu'elle ne concorde pas bien avec la présomption d'un cancer purement œsophagien ; ce vomissement de sang s'est reproduit plusieurs fois dans les semaines qui suivirent et en dehors de toute exploration à la sonde.

Nous avons écarté de ce fait toute exploration à la sonde, les signes de sténose existant depuis environ quatre semaines lorsqu'il entra à l'hôpital le 25 septembre. L'œsophage était perméable pour les aliments liquides et pour la viande coupée en petits morceaux. L'état général laissait peu à désirer. Pas de fièvre. Cet état se modifia peu jusqu'au 11 octobre, ce jour-là apparurent les signes pulmonaires du côté droit, très aigus avec température élevée

et on peut reconnaître un exsudat qui s'étendait dans la cavité pleurale droite. En même temps survient de l'ictère et le malade mourut en peu de jours avec les symptômes généraux de septicémie. A la fin il survint une expectoration très abondante en trois couches, dont l'inférieure contenait de nombreux débris alimentaires.

L'autopsie fut faite par M. le Dr Oesterreich. On voit une tumeur annulaire à environ 2 centimètres au-dessous de la bifurcation. Cette tumeur est très ulcérée et on comprend, que, du fait de sa surface plane, elle n'ait pas amené de signes graves de sténose. La tumeur est en connexion directe avec le poumon droit, et en ce point on voit une grosse perforation qui conduit directement dans le lobe moyen. Dans celui-ci, de même que dans le lobe inférieur, on voit une caverne gangréneuse colossalement grande, qui comprend presque la moitié des deux lobes et presque remplie d'une masse de lait caillé coloré légèrement en rose par du vin rouge. La caverne atteint la base du poumon, et c'est d'elle que provient le gros empyème secondaire. Il n'y a pas d'ouverture directe de la caverne dans la plèvre, c'est pour cela qu'on ne trouve pas de débris alimentaires dans la cavité pleurale.

En outre, on remarque une métastase au niveau du cœur, dans le septum ventriculaire.

Je voudrais ajouter encore, au sujet de l'évolution clinique, qu'il est surprenant que la gangrène pulmonaire qui, comme le montre la préparation, s'était établie sûrement depuis longtemps, n'a donné presque aucun signe clinique. Seulement, dans les cinq derniers jours, quand l'empyème

s'était surajouté, survinrent des signes pulmonaires alarmants. Auparavant, il y avait surtout une toux légère avec de l'expectoration très peu abondante. Absence complète de douleurs violentes, spontanées, du côté du poumon. Les hémorragies anormalement profuses par lesquelles l'affection a commencé sont bien expliquées par ce fait qu'elles ne proviennent pas seulement de la tumeur, mais aussi des lésions pulmonaires qui pouvaient donner lieu à des hémorragies profuses, aussi bien spontanément qu'après l'introduction de la sonde pendant les manœuvres d'exploration.

OBSERVATION XIII

(Galliard *in Médecine moderne*, 1896.)

Le 24 octobre 1894 M. Galliard assiste à l'autopsie d'un homme de soixante-deux ans, décédé dans le service de M. Millard à Beaujon et qui offrait un bel exemple de pleurésie diaphragmatique suppurée compliquée d'un épanchement séreux, très abondant du même côté. En ouvrant la poitrine, on vit d'abord cet épanchement séreux qui comprimait le poumon. Il fallut détacher les adhérences qui retenaient le bord du lobe inférieur pour découvrir, sous ce lobe et au-dessus du diaphragme, une collection purulente évaluée à trois verres environ. La loge sus-diaphragmatique, tapissée par des fausses membranes épaisses et molles, communiquait avec un abcès du lobe inférieur du poumon et cet abcès était lui-même en com-

munication avec l'œsophage perforé. La perforation œsophagienne siégeait à un travers de doigt au-dessus du cardia. L'épithélioma de l'œsophage commençait au niveau du cardia et s'élevait à la hauteur de la bifurcation des bronches.

OBSERVATION XIV

(Galliard. — Société méd. des Hôpitaux, 1896.)

Fistule œsophago-pulmonaire compliquant un épithélioma de l'œsophage

Constant P..., cinquante-huit ans, carreleur, entre à l'hôpital Tenon le 30 mai 1896 dans le service de M. le Dr Galliard. Il affirme que, depuis quatre mois, il ne peut avaler que des aliments liquides, dès qu'il cherche à prendre des aliments solides, il les rejette immédiatement, sans douleur. Depuis quatre mois, il tousse et crache du pus. Jamais d'hémoptysie ni d'hématémèse. Il a beaucoup maigri depuis l'hiver dernier.

Le cathétérisme de l'œsophage montre qu'il n'existe pas de rétrécissement. Lorsqu'on introduit une olive assez volumineuse, on constate qu'elle passe avec un ressaut en arrière du larynx, puis qu'elle descend aisément jusqu'à l'estomac.

M. Galliard attribue la dysphagie à l'œsophagisme, tout en déclarant que le spasme est probablement secondaire à un épithélioma siégeant très bas.

Après des cathétérismes quotidiens, à l'aide d'une olive de moyen calibre, le malade affirme qu'il avale

mieux. Mais la toux n'a pas disparu et, comme au premier jour, elle succède immédiatement à l'ingestion des liquides.

Dès que le malade a pris deux ou trois gorgées de lait, on le voit saisir rapidement son crachoir et rejeter, après quelques secousses de toux, des crachats nummulaires blanchâtres, semés de fines bulles d'air. Donc, il crache du lait finement aéré, c'est-à-dire un liquide qui, venant de l'œsophage, a traversé les petites ramifications bronchiques.

Il y a donc de l'expectoration alimentaire.

Le phénomène se produit même lorsqu'on verse du lait dans un tube de Foucher dont l'extrémité atteint l'estomac, comme si le liquide refluait dans l'œsophage pour passer dans les voies respiratoires.

Il existe donc une fistule œsophago-bronchique ou œsophago-pulmonaire.

Le malade maigrit et s'affaiblit. On lui propose la gastrostomie qu'il refuse.

8 juillet. — Mort.

Autopsie. — 10 juillet. — L'estomac est rempli par un énorme caillot sanguin : il y a donc eu une gastrorragie terminale. La petite courbure présente une infiltration cancéreuse qui s'étend au cardia.

En pratiquant, sur la paroi postérieure de l'œsophage, une incision médiane et longitudinale, on constate que l'infiltration cancéreuse a envahi le segment thoracique de l'organe sur une étendue de 6 centimètres environ et qu'à l'infiltration a succédé l'ulcération partielle des tissus malades. A 3 centimètres du diaphragme, se trouve, en effet, une cavité dont l'orifice arrondi a la dimension

d'une pièce de 2 francs: les bords de cet orifice sont ramollis, peu résistants. Sous le fond de la cavité, on découvre une sorte d'arrière-cavité dans laquelle s'engage aisément la sonde cannelée et presque immédiatement la sonde passe dans le poumon droit. Au-dessus de cette cavité, pas de lésion œsophagienne.

Grâce à l'épaississement des feuillets pleuraux, la partie postéro-inférieure du poumon droit adhère intimement à la petite cavité œsophagienne.

Elle présente, non pas une excavation spacieuse, mais une série de cavernules dont la plus grande admettrait à peine une noisette et qui sont remplies de pus. Dans son ensemble, le volume du foyer suppuratif est à peu près celui d'une mandarine.

Pas d'infiltration cancéreuse du poumon droit; pas de tubercule. Les plèvres ne contiennent pas d'épanchement.

OBSERVATION XV

(Abadie. — Société anatomique, 1905.)

L... Jules, âgé de quarante-sept ans, entre à l'hôpital le 17 mai 1901 pour un rétrécissement de l'œsophage. Après examen, M. le professeur agrégé Imbert conclut à un cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage et conseille la gastrostomie ; cette intervention n'ayant qu'une valeur palliative n'est pas acceptée. Le malade allait bientôt quitter l'hôpital, lorsque le 27 mai, subitement, il meurt.

A l'autopsie, on constate à 2 centimètres environ au-dessus du diaphragme, l'existence d'un cancer de l'œso-

phage, formant virole sur une hauteur de 3 ou 4 centimètres, ulcéré, peu bourgeonnant, et communiquant par une perforation située en arrière et à droite, avec une vaste cavité contenue dans le lobe inférieur du poumon droit. Irrégulière, anfractueuse, plus volumineuse que le poing, cette cavité est de toutes parts entourée de tissu pulmonaire dense, infiltré, de coloration noir de café. En plusieurs points, la cavité n'a plus pour paroi du tissu pulmonaire altéré, mais ses limites sont : à la partie supérieure, le lobe moyen du poumon ; à la partie inférieure, le dôme diaphragmatique ; à la partie postérieure, la cage thoracique. En ces points, le tissu pulmonaire est absolument détruit, de même la plèvre viscérale et les parois de la cavité sont dès lors constituées par la plèvre pariétale elle-même altérée, ou la plèvre viscérale du lobe moyen ; tout autour de ces zones, les feuillets pleuraux présentent des adhérences, de moins en moins solides, quand on s'éloigne de la zone. En un point, ces adhérences avaient cédé et une communication s'était établie entre la cavité intra-pulmonaire et la cavité pleurale, cet orifice se trouvait en arrière et en bas.

Le contenu de la poche était constitué par un mélange de débris de tissu pulmonaire et de liquide peu épais, de couleur marc de café, qui semblait avoir une origine hémorragique, mais surtout alimentaire. Ce liquide se trouvait abondant, répandu dans la plèvre droite, à la faveur de l'orifice que nous venons de mentionner. C'est encore le même liquide qui semblait infiltrer tout le tissu pulmonaire autour de la cavité, sur une épaisseur de 2 centimètres environ et qui s'écoulait à le coupe.

Enfin, à la face interne de la poche, face très anfrac-

tueuse, sphacélée, qui s'effritait au moindre contact, on remarque que de nombreux vaisseaux et canaux aériens ont résisté au processus de destruction, et de la sorte flottaient dans le liquide.

Ces différentes lésions expliquent le mécanisme de la mort subite : il y a eu rupture des adhérences pleurales, une brusque irruption du liquide contenu dans la poche intra-pulmonaire, s'est faite dans la cavité pleurale droite, produisant une diminution rapide du champ de l'hématose. En outre, la couleur du liquide permet de penser à une hémorragie concomitante.

OBSERVATION XVI

(Lenoble, médecin de l'Hôpital civil de Brest et Attila, interne du service.)

Le nommé B..., menuisier, âgé de cinquante-six ans, n'a jamais fait d'autres maladies qu'une pneumonie du poumon droit à l'âge de dix-sept ans.

Il entre à l'hôpital de Brest le 24 juillet 1905, pour un rétrécissement de l'œsophage, siégeant à la partie inférieure et dont le début remonte à une année. Le diagnostic fut confirmé par l'épreuve de bismuth aux rayons X, qui montre l'existence d'une poche faisant hernie du côté du poumon droit, celui-ci, du reste, restait transparent.

1er septembre. — Le malade se plaignait d'une douleur, à la base du thorax, à droite, douleur qui paraissait se dis-

tinguer nettement des douleurs ordinaires dues à l'obstacle œsophagien.

La percussion décelait en ce point une matité occupant toute la base du poumon droit et empiétant sur la ligne axillaire. L'auscultation révélait des signes de pneumothorax caractérisé par du souffle amphorique, du retentissement métallique de la voix et de la toux, et rarement du tintement métallique se produisant à époques variables. Jamais on ne put observer de succussion hippocratique. Les autres étaient eux-mêmes variables d'un jour à l'autre. Le malade s'éteignit le 15 septembre sans qu'aucune intervention eût été tentée. Le diagnostic posé fut celui de néoplasme de l'œsophage ouvert spontanément dans la plèvre.

Autopsie. — On a enlevé tous les organes contenus dans la cavité thoracique, on appliquait une ligature à la partie supérieure de l'œsophage, et une autre sur le pylore. En détachant avec le couteau le diaphragme et en libérant les adhérences du poumon droit, ce dernier se déchire à la partie inférieure, et laisse couler dans la cavité thoracique, un liquide noir et fétide, renfermant des parcelles alimentaires en voie de décomposition. En détachant l'aorte on tombe sur le néoplasme occupant la partie inférieure de l'œsophage, comprenant deux travers de doig au-dessus du cardia, le cardia lui-même, et empiétant sur la paroi antérieure de l'estomac où il se présente sous une forme ulcérée, mesurant la largeur d'une pièce de 1 franc. L'estomac est du reste revenu sur lui-même et sa capacité très diminuée. En ouvrant l'œsophage on constate la présence de deux ouvertures, l'une communiquant avec le cardia, l'autre s'ouvrant à droite dans une cavité irrégu-

lière et anfractueuse de coloration grisâtre où se trouvait le liquide qui s'est écoulé en enlevant la pièce. En certains points, les parois de cette cavité sont déchiquetées, ailleurs on y constate la présence d'artérioles et de branchioles mises à nu. Cette cavité est constituée par la paroi correspondante du poumon dont une portion, la plus mince, adhère intimement au diaphragme et mesure 1 centimètre d'épaisseur, et dont le reste est constitué par la partie correspondante du lobe inférieur du poumon droit. Une coupe permet de se rendre compte que dans ces diverses parties le poumon est caséifié, épaissi et converti en un tissu dense de coloration verdâtre dans lequel on reconnaît le poumon surtout au charbon qui l'infiltre. Cette cavité était close de toutes parts, et la scissure inférieure du poumon droit adhérait intimement au diaphragme dans sa partie inférieure, dans le reste de leur étendue, les deux lèvres de la scissure étaient adhérentes.

Le poumon gauche, le cœur et les autres organes étaient sains.

Examen microscopique. — Néoplasme. Les coupes portent sur l'œsophage, montrent une infiltration de cellules de toutes variétés, occupant des espèces d'alvéoles, siégeant dans l'épaisseur du tissu fibreux épaissi. En certains points le tissu néoplasique affecte l'aspect de traînées cellulaires, comme dans l'épithélioma tubulé. Il s'agit donc de carcinome infiltrant les parois de l'œsophage. Les parois sont du reste épaissies, les vaisseaux en particulier, les artères sont atteintes de périvascularite. De distance en distance on rencontre des cavités limitées par un épithélium plat, dans lequel on constate la pré-

sence d'un tissu fibreux ondulé parsemé de noyaux plats, allongés. Sur d'autres coupes on constate, en certains points, la présence de figures enroulées, rappelant l'épithéliome muqueux.

Poumons. — Les coupes ont porté sur deux fragments, l'un adhérant au diaphragme et représentant la partie inférieure de la cavité, l'autre représentant la paroi supérieure ; l'aspect est partout le même. Les alvéoles sont revenues sur elles-mêmes, et leur paroi très épaissie est infiltrée par des cellules à noyau arrondi, siégeant au milieu de fibrilles de tissu cellulaire. Les capillaires sont aplatis dans les régions avoisinant la cavité creusée dans le poumon. Au delà de cette région, on les trouve par place gorgés de globules rouges. Les cavités alvéolaires sont desquamées et bon nombre présentent des cellules de revêtement parfois englobées dans de la fibrine. Nulle part il ne nous a été donné de trouver du néoplasme. Il s'agit, somme toute, des phénomènes de défense du poumon qui a réagi par une inflammation interstitielle légère.

OBSERVATION XVIII

(Marcorelles et Ferran.)

Pierre J..., cinquante-huit ans, cordonnier, entre le 19 septembre 1909 dans le service du Dr Parmentier à l'hôpital Tenon, parce que depuis deux mois, il rend aussitôt après leur ingestion, tous les aliments solides qu'il a avalés. Les accidents ont débuté en juillet brusquement. Dans les premiers temps, les bouillies et les purées passaient facilement, puis le malade n'a pu s'alimenter

qu'avec du lait. Il a maigri d'une dizaine de kilos en deux mois.

L'examen clinique du malade, l'exploration à la sonde font faire le diagnostic de néoplasme de l'œsophage, vérifié du reste par M. Guisez à l'œsophagoscope.

Après un séjour de cinq mois et demi à l'hôpital le malade sort, son état n'a pas empiré.

Il rentre au bout d'une dizaine de jours avec de la température, toussant beaucoup, et ayant une expectoration très abondante, franchement purulenteet très fétide. L'auscultation montre à la base gauche, en arrière, un foyer de râles sous-crépitants, fins, avec matité et augmentation des vibrations. Son état s'est fortement aggravé ; il est très amaigri. Le malade est envoyé dans le service du Dr Morestin.

M. Morestin pratique, le 15 novembre, une gastrostomie par le procédé de Terrier.

Le malade meurt quarante-huit heures après.

A l'autopsie (18 novembre) on ne note rien d'anormal à l'ouverture du thorax. Un peu de liquide dans le péricarde.

Quelques adhérences pleurales à droite et à gauche, mais au-dessous du hile du poumon, l'œsophage légèrement augmenté de volume à sa partie inférieure, est fortement adhérent à l'aorte, à la plèvre médiastine gauche et au poumon gauche.

Après enlèvement de cette masse on peut constater :

1° De nombreux ganglions péribronchiques continuant par une chaîne le long de l'œsophage ;

2° Au niveau de la tumeur, en arrière et au-dessous de

la bifurcation de la trachée, l'œsophage est adhérent : à l'aorte, sur une surface grande comme une pièce de deux francs, à la plèvre et au poumon sur une étendue beaucoup plus considérable.

En coupant l'œsophage sur toute sa longueur, on voit à la hauteur du hile deux ulcérations étroites, allongées verticalement, de 8 à 15 millimètres de hauteur, toutes deux à bords très épais, surélevés, limitant une perte de substance linéaire.

Dans le segment inférieur est une vaste ulcération de 7 centimètres de hauteur, de forme losangique, à grand axe vertical, descendant jusqu'au voisinage du cardia. Se rétrécissant en haut et en bas, elle atteint son maximum de largeur, un peu au-dessous de la partie moyenne, jusqu'à occuper la presque totalité de la circonférence de l'œsophage.

Ses bords sont surélevés et décollés.

Le fond est tomenteux et grisâtre.

Sur son centre, sur la paroi postérieure et gauche de l'œsophage, se voient deux orifices : l'un inférieur regardant en haut et donnant accès dans un diverticule qui s'insinue obliquement en bas dans l'épaisseur de la paroi œsophagienne à 1 centimètre de profondeur ; l'autre au-dessus du précédent, mais plus à gauche, communique à travers la paroi œsophagienne avec une poche formée par des adhérences qui unissent entre eux l'œsophage, l'aorte, la plèvre et le poumon qui adhère à celle-ci.

De cette poche, par un petit trajet du calibre d'une plume d'oie, on pénètre dans une vaste excavation pulmonaire de la grosseur d'une mandarine et qui siège tout en arrière dans le lobe inférieur gauche, à peu près dans

sa partie moyenne, Elle est remplie de pus grisâtre, fétide. Les parois en sont anfractueuses.

Dans toute cette portion inférieure, la paroi œsophagienne est épaissie, mais son calibre intérieur n'est pas augmenté. Il n'y a pas de dilatation.

L'estomac est augmenté de volume et dilaté.

Des deux ganglions sus-claviculaires gauche et droit constatés pendant l'existence, le gauche seul a été prélevé.

Sur les coupes de l'ulcération, on voit des bourgeons épithéliaux pénétrant dans la sous-muqueuse et quelques globes épidermiques.

Les ganglions montrent une hypertrophie de leur tissu conjonctif et du réticulum, ainsi que des éléments lymphoïdes avec, par places, des zones d'envahissement épithéliomateux.

OBSERVATION XVII

(Ballivet, *in Lyon médical*, 1906.)

Cancer de l'œsophage et gangrène pulmonaire

Large ulcération néoplasique à la partie inférieure du conduit avec, à gauche, une solution de continuité en regard de la partie postéro-interne du poumon correspondant. Celui-ci présente une large cavité anfractueuse qui, ouverte lors de l'éviscération, a donné issue à un liquide noir et fétide ; autour de ce foyer, le lobe inférieur forme un bloc hépatisé.

Cette malade était entrée dans le service en se plaignant

de douleurs vives siégeant à l'épigastre augmentées par l'ingestion des aliments, la palpation superficielle est profonde. Elle accusait des vomissements, mais il ne s'agissait pas de simples régurgitations ; ils survenaient quinze ou vingt minutes après l'ingestion des aliments qui passaient alors sans difficultés.

Puis brusquement la fièvre s'allume, à grandes oscillations ; la malade est oppressée, se cyanose. On ne trouve que de la submatité à gauche ; une ponction ne ramène que du sang ; pas un signe ne peut faire prévoir la nature de la complication pulmonaire.

Dès lors, l'état de la malade a baissé très rapidement ; l'intolérance gastrique est devenue absolue ; pour la première fois, les vomissements semblent se produire immédiatement après l'ingestion des aliments. Le cathétérisme est impossible. D'ailleurs, la douleur siégeait, toujours, de plus en plus vive, à l'épigastre, avec irradiations du côté de l'hypochondre droit. Au niveau, le foie (gros foie infectieux) augmentait manifestement de volume ; il était très douloureux à la palpation, de telle sorte qu'on avait, en présence de la fièvre à grandes oscillations, de l'état général et de ces symptômes abdominaux, plutôt des raisons pour penser à une collection sous-diaphragmatique développée au voisinage d'un ulcère ou d'un cancer gastrique.

Toute tentative opératoire parut contre-indiquée en présence de la faiblesse extrême de la malade.

CONCLUSIONS

1° Les communications æsophago-pulmonaires dans le cancer de l'œsophage sont d'une grande rareté : nous n'avons pu en réunir que 18 cas ;

2° Souvent elles passent inaperçues et ne sont reconnues qu'à l'autopsie;

3° Le meilleur signe clinique est l'expectoration alimentaire : les crachats sont mélangés à du lait et à des bulles d'air, mais ce signe pathognomonique s'observe rarement. Le plus souvent, ces malades présentent des hémoptysies abondantes et répétées liées à la gangrène du poumon. On note de la fétidité de l'haleine et des crachats. A ces signes, il faut ajouter la sortie de l'air par la sonde et les crises de suffocation et de toux après introduction d'eau par celle-ci ;

4° Les signes stéthoscopiques ont une grand valeur quand ils révèlen une caverne pulmonair chez un cancéreux æsophagien;

5° Le cathétérisme est ici particulièrement dangereux, mieux vaut s'en abstenir et avoir recours

à la radioscopie. L'œsophagoscopie pourra aider au diagnostic de la complication pulmonaire;

6° L'état général du malade est très précaire, l'examen du sang montre une diminution des globules rouges et une hyperleucocytose en raison de l'infection pulmonaire;

7° La communication avec le poumon complique presque toujours un cancer de l'œsophage bas-situé ; elle se fait tantôt directement, l'œsophage communique largement avec le poumon, tantôt indirectement par un trajet fistuleux. Le poumon droit est le plus fréquemment atteint et la caverne siège dans le lobe inférieur;

8° Du côté des plèvres, on peut observer de la pleurésie séro-fibrineuse ou purulente, d'autres fois de simples adhérences ;

9° L'évolution est rapide, la survie ne dépasse pas trois mois, le malade meurt d'asphyxie brusque ou d'hémoptysie foudroyante.

Vu : le Président de la thèse,
CHAUFFARD

Vu : le Doyen,
L. LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — *Bull. Soc. anat.*, 1901.

Artus. — *Bul. Soc. anat.*, 1874.

Ballivet. — *Lyon médical*, 1906,

Bouveret. — *Bull. Soc. anat.*, 1877.

Desnos. — *Rev. mens. de Méd. et Chir.*, 1879.

Galliard. — *Les Complications du cancer de l'œsophage* (*Méd. mod.*, nos 41, 49, 57, 1896).

— *Les Pleurésies polymorphes.* Soc. méd. des Hôp., Paris, 24 novembre 1899. — Soc. méd. des Hôp., 18 janvier, 1895.

Gaucher et Potel. — Soc. méd. des Hôp. Paris, 1890.

Gauthier. — Thèse de Paris, 1904.

Girode. — *Bull. de Soc. anat.*, 1891.

Gentis et Roche. — *Bull. Soc. anat. et physiol.* Bordeaux, 1900.

Guisez. — *Arch. des Mal. app. digestif*, II, 317. — *Bull. Soc., intern. des Hôp.* Paris, VI, 1896. — *Presse médicale*, XVI, 1897.

Heydenreich. — Soc. méd. de Nancy, 1894.

Laborde. — Soc. de Biologie, 1859.

Lacour. — Thèse de Paris, 1886.

Lamy (Lucien). — Thèse de Paris, 1910.

Lenoble et Attila. — *Bull. Soc. anat.*. 1905.

Maas. — *Berl. Klin. Woch.*, 1894.

Marcorelles et Ferran. — *Bull. Soc. anat.*, 1910.

— *Progrès médical*, 25 juin 1910.